Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall

von

primärem Krebs des ductus choleduchus

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät in Kiel

vorgelegt von

Hermann Deetjen,
approb. Arzt aus Bremen.

KIEL.
Druck von L. Handorff.
1894.

Aus dem pathologischen Institute zu Kiel.

Ein Fall

von

primärem Krebs des ductus choleduchus

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät in Kiel

vorgelegt von

Hermann Deetjen,

approb. Arzt aus Bremen.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1894.

No. 48.
Rektoratsjahr 1894/95.
Referent: Dr. Heller.
Zum Druck genehmigt:
W. Flemming
Prodekan.

Seinem lieben Vetter

Herrn Stabsarzt Dr. Passow

in Dankbarkeit gewidmet

vom Verfasser.

In Nachfolgendem möchte ich über einen Fall berichten, der sowohl von klinischem wie pathologischem Standpunkte von hohem Interesse ist. Es war bei demselben die Diagnose auf Magen- und Lebercarcinom gestellt, während die Section weder in Magen noch Leber eine maligne Neubildung nachweisen konnte, wohl aber eine eigentümliche Verdickung des ductus choledochus, durch welche im Wesentlichen die Erscheinungen, welche sich im Leben gezeigt hatten, erklärt werden mussten.

Ich gebe zunächst hier die Krankengeschichte, welche durch die Güte des Herrn Geheimrats Prof. Quinke mir zugestellt wurde wieder:

Der Patient, 62 Jahre alt, wurde in die medicinische Klinik am 29. VIII. 1882 aufgenommen.

Anamnese. Pat. war früher immer ganz gesund, hat seit 3 Jahren jedes Frühjahr und jeden Herbst die »Rose« am rechten und linken Fuss abwechselnd. Hierbei soll die grosse Zehe unter grossen Schmerzen anschwellen, dies dauert 8—14 Tage, und dann ist Alles wieder gut. In der Zwischenzeit nie Schmerzen. Vor 10 Wochen bekam Pat. einen solchen Anfall wieder, der 8 Tage dauerte. 8 Tage nach dem Anfall begann Pat. dann am Körper gelb zu werden, ohne dass vorher Verstopfung oder Magenschmerzen irgend welcher Art bestanden hätten.

Während der darauffolgenden Zeit war der Stuhlgang auch immer regelmässig und der Appetit gut. Die gelbe Hautfarbe nahm zunächst zu, seit 8 Tagen ist sie aber im Abnehmen begriffen. Ein unerträgliches Jucken quält den Pat. sehr.

Status praesens. Mittelgrosser, kräftig gebauter Mann, klagt über Hautjucken. Zunge mässig belegt. Die Haut des ganzen Körpers ist hochgradig ikterisch gefärbt, am stärksten am Rumpfe. Die Conjunctiven förmlich citronengelb. Der ganze Körper mit grossen Kratzeffecten bedeckt. Lungen und Herz gesund, Herztöne ausserordentlich leise, scheinen aber rein zu sein.

Puls klein, 71.

Abdomen sehr weich, schlaff, nirgends druckempfindlich, nirgends ein Tumor zu fühlen. Geringer Ascites nachweisbar.

Leber 9 : 6½ : 5½. Oberfläche teilweise fühlbar, nicht höckerig.

Milz. 8 : 10.

Stuhlgang regelmässig, breiig, vollkommen lehmfarben.

Urin dunkelgrüngelb, sauer, concentrirt, zeigt die stärkste Gallenfarbstoffreaction, kein Eiweiss.

Appetit mässig. Temp. normal.

Ueber den Verlauf der Krankheit giebt das Journal Folgendes an. 4. IX. Pat. fühlt sich andauernd sehr wohl. Er hat guten Appetit, nirgends Beschwerden, der Ikterus scheint nachzulassen, jedenfalls wird die Gallenfarbstoffreaction geringer, obwohl sie immer noch hochgradig ist. Das heftige Jucken ist geringer geworden.

9. IX. Ikterus lässt entschieden nach. Der Urin in toto heller, Gallenfarbstoffreaction weniger intensiv. Pat. hat in letzter Zeit Durchfall gehabt, fühlt sich sehr schwach und nimmt an Gewicht ab.

14. IX. Trotz kräftiger Nahrung nimmt Pat. an Gewicht ab und fühlt sich schwächer. Ikterus bleibt auf derselben Stufe stehen. Im Abdomen nirgends Druckempfindlichkeit.

20. IX. In den letzten Tagen immer Durchfall. Pat. fällt sichtlich ab. Ikterus hat wieder zugenommen. Stuhl ganz weiss Urin dunkelbraun. Starke Gallenfarbstoffreaction.

2. X. Wegen wieder eingetretenen starken Durchfalls nimmt Pat. Acid. tannic. mit gutem Erfolg. Ikterus gleichbleibend immer hochgradig. Kein Tumor fühlbar. Pat. nimmt ab und fällt sichtlich ab.

3 X. Heute hat Pat. Blut im Munde. Die Zunge und der Gaumen sind mit geronnenem Blute bedeckt, er behauptet dass dasselbe aus einem Zahn käme; doch ist an Zähnen und am Zahnfleisch keine Ursache der Blutung nachweisbar. Vielleicht geringes Blutbrechen.

4. X. Heute hat Patient wieder mehrere Male den ganzen Mund mit geronnenem Blute bedeckt, trotzdem er mehrmals gereinigt wurde. Pat. ist sehr hinfällig, schläft den ganzen Tag, lässt Alles unter sich gehen.

5. X. Heute Morgen Pat. an der Radialis pulslos. Während der Nacht hat er ein halbes Speiglass voll Blut erbrochen. Das

Blut war flüssig, dunkelrot, mit Speiseresten vermischt, reagirte sauer. Im Laufe des Tages treten noch mehrmals geringe Blutungen aus dem Munde auf. Morgens entleerte er auch zum ersten Mal breiigen, blutigen, chocoladefarbenen Stuhl. Es treten noch mehrmals blutige Stühle ein, die allmählich immer reiner blutig werden.

Nachts 2 — 3 Uhr läuft fast unaufhörlich etwas dünflüssiges, schaumiges, rotes Blut aus dem After aus.

Gegen 4 Uhr tritt der exitus letalis ein.

Die Sektion[1]) 7 h. p. m. ergab:

Wesentlicher Befund: Eigentümliche Induration des Ductus choledochus und der Ausmündungspapille.

Katarrh der Gänge des duct. pancreatirus. (?) —

Eigentümliche Usuren des Schädeldaches — capilläre Blutungen der Hirnhäute — Atrofie des Gehirns — chronischer Hydrocefalus — Residuen von Pleuritis — Biliöser Hydrops der serösen Hölen — Starkes linksseitiges Lungen-Emfysem — geringes Oedem der rechten Lunge Braune Atrofie und Schlaffheit des Herzens — Geringe chron. Endarteriitis — Ektasie der Gallenblase und Gallenwege in der Leber — Milzschwellung — Schrumpfung der Nieren und Cysten — Dilatation und Ekchymosen der Nierenbecken — Blutiger Inhalt des Magens, Dünn- und besonders Dickdarms — Chron. Magenkatarrh — Follicularkatarrh des Dickdarms — mit capillären Blutungen der Follikel — Linksseitige Leistenhernie.

Der ausführliche Sectionsbefund der Bauchorgane lautet:

Bauch mässig gespannt, in der Höle 3 Tassen voll bräunlichen, dünnflüssigen, jedoch leicht klebrigen Exsudates.

Magen mässig weit, enthält sehr reichlich dünnflüssigen, bräunlich gefärbten Speisebrei und sehr zähen Schleim, der fest auf der Schleimhaut sitzt. Schleimhaut ikterisch gefärbt, zum Teil gerötet, vielfach ekchymosirt, stark grobhöckerig. Im Fundus etwas geronnenes Blut und gallig gefärbte schleimige Flüssigkeit. Die Papille ragt ringförmig hervor und fühlt sich sehr derb an, unmittelbar dahinter befindet sich der sehr derb anzufühlende Pankreaskopf.

Die Gallenblase und der ductus hepaticus und choledochus ausgedehnt und prall gespannt, der ductus cysticus S förmig geknickt. Bei leichtem Druck auf den ductus choledochos von der

---

[1]) N. 254 1882.

Gallenblase entleert sich reine Galle aus der Papille. Bei sehr starkem Druck auf die Gallenblase oder einen der Gänge entleeren sich kleine Schleimpfröpfe und reichlich dünnflüssige, bräunlich gefärbte Galle. Die Sonde dringt hierauf bequem von der Ausgangsöffnung aus sowohl in den duct. pankreaticus als hepaticus.

Beim Einschneiden des Pankreas dasselbe intensiv ikterisch, äusserst derbkörnig, bei eröffneten Aesten des ductus pankreaticus fliesst sehr reichlich schmutzig bräunlich gefärbte, dünne Flüssigkeit aus.

Leber ziemlich gross, sehr derb, Ränder scharf, Oberfläche glatt. Aussehen olivenfarbig. Auf dem Durchschnitt fliesst wenig Blut ab. Läppchen-Zeichnung deutlich ausgeprägt, die ganze Färbung der Schnittfläche olivengrün. Die Gallengänge erscheinen sehr erweitert, aus denselben fliesst trübe, bräunlich, grünliche schleimige Galle aus.

Milz gross, Oberfläche glatt, fleckig, dunkel kirschrot und gelblich. Consistens weich. Auf dem Durchschnitt das Gewebe blutreich, dunkel kirschrot, Schnittfläche vollkommen glatt.

Linke Niere in eine dicke Fettkapsel eingelagert, mässig gross, derb anzufühlen, von grobhöckeriger, im Ganzen dunket olivenfarbiger und rot gefleckter Oberfläche. Auf dem Durchschnitt erscheint die Corticalsubstanz auf einen äussert schmalen Saum reducirt und olivengrün gefärbt. Papillen, zum Teil abgeplattet, enthalten intensiv citronengelbe Körnchen. Nierenbecken erweitert. An einer Stelle eine kirschkerngrosse Cyste mit serösem Inhalt. Rechte Niere verhält sich ebenso.

Harnblase enthält reichl. dunkelbraun grünen Urin. Schleimhaut intensiv ikterisch. Im Dünndarm, sowohl im Jejunum, als Ileum breiiger, rotbraun gefärbter und vielfach mit deutlichen Blutgerinnseln innig gemischter, verfärbter Chymus. Schleimhaut stark ikterisch, grösstenteils gerötet, Ekchymosen nicht vorhanden. In der Nähe der Ileocoecalklappe im Dünndarm frisches unvermengtes Blut. Die Quelle der Blutung ist nicht aufzufinden.

Dickdarm, enthält ca. 1 Liter blutiger, dickflüssiger mit zahlreichen Gerinnseln gemischter Flüssigkeit. Schleimhaut stark kirschrot. Solitärfollicel vergrössert, in der Mitte der grössten Erhabenheit sämmtlich mit kleinen Vertiefungen. Auf den meisten ein blutiges Fibringerinnsel, das sich nicht überall mit dem Blute gleich abspülen lässt.

Mesenterialdrüsen nicht vergrössert.
Nebennieren nicht vergrössert.

Wir ersehen aus diesem Sectionsbefunde, dass zunächst nichts von einer bösartigen Neubildung der Bauchorgane nachzuweisen ist. Als das Wesentlichste erscheint jene eigentümliche Verdickung der Papille, wodurch wahrscheinlich ein Verschluss des Gallenweges zu Stande gekommen war, der den hochgradigen Ikterus zur Folge hatte.

Es handelte sich nun zunächst darum festzustellen, worin diese Veränderung der Wandung des gemeinsamen Gallenausführganges bestand.

Bei der Durchsicht einiger schon früher angefertigter Schnitte konnte es scheinen, als wenn ausser einer Bindegewebswucherung auch eine Veränderung der Gallengangsdrüsen stattgefunden habe.

Um dies sicher zu stellen wurde eine Anzahl von Schnittpräparaten von einem normalen ductus choledochus hergestellt, und zwar von dem Endabschnitt desselben.

Wir sehen an diesen Praeparaten, dass die Wandung des Ganges nach aussen begrenzt wird von einer ziemlich dicken Faserschicht, die aus derben Bindegewebe und vielen elastischen Fasern besteht in welche sich vielfach Züge glatter Musculatur einsenken.

Zwischen dieser äusseren Ringfaserschicht und dem hohen Cylinderepithel, welches nach innen hin den Gang auskleidet, finden sich zwischen elastischem Bindegewebe eine reiche Menge Drüsen, welche auf dem Querschnitt ringförmig das Lumen des ductus umgeben.

An einzelnen Stellen aber wachsen diese Drüsen auch in die äussere Ringschicht hinein, sodass es auf den ersten Blick scheinen könnte, als ob hier eine pathologische Wucherung des Drüsengewebes stattgefunden habe, was aber durchaus nicht der Fall ist, man wird solche Stellen in ganz normalem Gewebe vielfach finden.

Die Drüsen selbst liegen in Läppchen zusammen, welche von einander durch bindegewebige Septa getrennt sind. In diesem Acinis liegen die traubenförmigen Drüsenbläschen dicht nebeneinander, nur schmale Bindegewebszüge ziehen zwischen ihnen hindurch. Die Bläschen sowohl, wie die Ausführungsgänge sind von hohem Cylinderepithel ausgekleidet.

Vergleichen wir diese Bilder mit den oben erwähnten Praeparaten, so fällt vor allem auf, dass die Gruppirung der Drüsen zu

deutlich von einander geschiedenen Läppchen vollständig aufgehoben ist. Durch starke Bindegewebswucherung sind die einzelnen Drüsen gänzlich wie auseinander gesprengt und regellos verteilt. Dabei erscheinen die Bläschen selbst sowohl, wie die Ausführungsgänge vergrössert und erweitert, haben aber im Übrigen den typischen Bau behalten.

Eine Reihe von Schnitten, die ich hierauf durch eine solche Stelle des ductus choled. anlegte, wo die Verdickung der Wand stärker zu sein schien, wenn auch die Lichtung des Ganges noch deutlich erhalten war, liess diese Verhältnisse noch ausgeprägter erkennen. Die Drüsen und Gänge haben teilweise ganz ausserordentlich an Grösse zugenommen, derbe Bindegewebszüge ziehen zwischen ihnen hindurch. An einzelnen Stellen schienen die Drüsen aber auch ihren alveolären Charakter aufzugeben, indem sie als länger ausgezogene Schläuche mit allerdings noch deutlich erhaltenem Lumen und auskleidendem cylindrischem Epithel in das Stroma hineinwuchern.

Diese Wachstumsveränderungen zeigen sich in erhöhtem Maase an Schnittpräparaten, welche aus einem Teile gewonnen wurden, wo schon makroskopisch sichtbar ein Tumor von etwas über Erbsengrösse von der Wand aus in das Lumen des Ductus hineinragte und dieses bis auf einen schmalen halbmondförmigen Spalt verengte. Dort sieht man diesen Tumur aus einem Gewirr von Bindegewebe und mehr oder weniger schlauchförmigen Drüsen bestehen, welche von Cylinderepithel ausgekleidet sind und meist offenes Lumen erkennen lassen, das theilweise freilich mit freiliegenden grossen epithelialen Zellen erfüllt ist. In dem submukösen Gewebe liegen versprengt neben alveolären und mehr schlauchförmigen Drüsen mit freier Lichtung ganz solide Zellzapfen von sehr wechselnder Form und Grösse, die den epithelialen Character nicht verkennen lassen. Auch ganz vereinzelte Epithelzellen kommen vor. Andrerseits sieht man an anderen Stellen sehr schön, wie direct aus dem Epithel einer Drüse solide Zapfen grosser Zellen in das umgebende Gewebe hineingeschickt werden, sodass hier der Ausgangspunkt der Wucherung von den Drüsen unzweifelhaft wird.

Auch noch mehr oberhalb im ductus choled. sind solche Schläuche und Zapfen, von reichlicher kleinzelliger Infiltration umgeben, nachweisbar; zahlreiche feinste Blutgefässe durchziehen überall das Gewebe.

Wir haben es hier also ohne Zweifel mit einem beginnenden Carcinom des ductus choledochos zu thun, und zwar mit einem Adenocarcinom, dessen Entwicklung in seinen verschiedenen Stadien sich besonders gut verfolgen lässt.

Ich möchte an dieser Stelle nicht näher auf die Frage nach der Histogenese der Carcinome eingehen und untersuchen ob auch in unserem Falle, wie Ribbert es für alle Krebse annimmt, der Entstehung des Carcinoms eine Bindegewebswucherung vorangegangen sei, die den Zusammenhang der Drüsen löste, diese auseinander sprengte, und so zur Ursache der atypischen Wucherung wurde. Es könnte ja den Anschein haben, als wenn auch hier ähnliche Vorgänge sich abgespielt hätten, wenn wir die oben geschilderten Veränderungen des normalen Zusammenhanges der Drüsenbläschen beachten. Andrerseits müssen wir sagen, dass wir erst dann zu einem solchen Schluss in etwas Berechtigung hätten, wenn wir wirklich den Nachweis lieferten, dass vor jeder Veränderung an den Drüsen selbst, die Lockerung ihres Zusammenhanges durch Bindegewebsneubildung erfolgte und erst an diese sich die Vergrösserung und damit die Wachstumstendenz der Drüsen anschloss.

Solange dieser Beweis nicht geliefert ist, können wir eben so gut annehmen, dass derselbe unbekannte, und vielleicht specifische Reiz, welcher die Drüsen zum Wachstum veranlasste, gleichzeitig auch Ursache der Bindegewebswucherung war.

Es ist dies um so wahrscheinlicher, als wir einmal an unsern Bildern überall Drüsenwachstum und Stromavermehrung parallel verlaufend sehen, zweitens aber auch, weil gerade an der Wucherungszone der Drüsen diese häufig wie von einem dichten Wall kleinzelliger Infiltration umgeben erscheinen. Es erweckt das die Vorstellung, als wenn an diesen Stellen irgend ein Reizmoment auf die Drüsen einwirke.

Es reiht sich somit dieser Fall von primärem Carcinom des ductus choledochus jenen wenigen an, die bisher zur Section gekommen und beschrieben worden sind. Howald[1]) berichtet über 12 Fälle die er in der Litteratur erwähnt fand. Von diesen war

---

[1]) Dissertation über „Primäres Carcinom des ductus hepaticus und choledochus 1890," Bern.

nur einer im Anschluss an einen im duct. choled. eingekeilten Gallenstein. In drei Fällen waren wahrscheinlich die Drüsen der Ausgangspunkt des Carcinoms. Diesen letzteren können wir vorliegenden Fall zuzählen.

Unter den von Howald angeführten Fällen befindet sich einer, welcher eine so grosse Ähnlichkeit in den Erscheinungen des Lebens sowohl, wie im pathologischen Befund mit dem unsrigen bietet, dass ich es mir nicht versagen möchte, denselben hier wieder zu geben. Derselbe ist von den französischen Forschern, Barth und Marfan im Progrès médical 1881 S. 26 veröffentlicht:

„Es handelt sich um einen 67 Jahre alten Mann, der wegen hochgradigen Ikterus verbunden mit heftigem Hautjucken Hülfe im Spitale suchte. Dieses Hautjucken, welches in der Nacht intensiver wurde, begann Anfangs Januar mit Gelbfärbung der Conjunctiven. Bei immer mehr zunehmendem Ikterus verlor Patient Appetit, seine Stühle waren von grauer Farbe, sein Urin wurde dunkelroth.

Beim Eintritt des Pat. ins Spital (am 10 Febr.) waren Haut und Schleimhäute gleichmässig intensiv gelb gefärbt. Temp. normal Puls 72, Druck auf die Lebergegend erzeugt dumpfen Schmerz. Hauptsächlich aber klagt Pat. über Hautjucken.

Im rechten Hypochondrium fühlt man einen undeutlich begrenzten Tumor, der vom Leberrande einige Centimeter entfernt war. Es war dies wie die Sektion nachher ergab die vergrösserte Gallenblase. Starkes Atherom der Gefässe. Im Harn reichlich Gallenpigment, kein Eiweiss; Stühle entfärbt. Auf diese Symptome hin war die Diagnose gestellt: Verschluss der Gallenwege durch einen Krebs, indem man den im rechten Hypertondrium gefundenen Tumor für eine Neubildung ansah. Dieser Zustand blieb sich gleich bis Anfang März, wo Pat. unter rasch zunnehmender Schwäche starb, nach dem er am voraufgehendem Tage noch einen blutig gefärbten Stuhl gehabt hatte.

Antopsie: Die Öffnungen des duct. hepat. und pankreat. waren im Diverticulum Vateri durch eine papillomatöse Masse von der Grösse des Nagelgliedes des kleinen Fingers verdeckt. Die Sonde lässt sich in die beiden erweiterten Kanäle einschieben. Versucht man dieselbe von oben her durch den duct. choled. ins Duodenum einzuschieben, so gelingt dies nicht, was beweist, dass die Entleerung der Galle in den Darm durch diese Neubildung wie durch ein Ventil verhindert wurde. Die duct. choled. und hepat.

mit ihren Verzweigungen sind stark dilatirt, ebenso die Gallenblase. Sie sind angefüllt mit einer fadenziehenden, farblosen Flüssigkeit. Die intensiv gelb gefärbte Oberfläche der Leber ist glatt. Auf der ebenfalls stark gelb gefärbten Schnittfläche sieht man die erweiterten Gallengänge verlaufen, von denen einige den kleinen Finger aufzunehmen im Stande sind.

Die histologische Untersuchung ergab ein tubulöses Epitheliom."

Hier sehen wir also in der Entsehung, dem Verlauf und den Symptomen der Erkrankung, sowie in dem schliesslichen Ausgang fast genau eine Wiederholung unseres Falles.

Der Sitz der Geschwulst ist derselbe, und die auch in unserem Falle angegebene leichte Durchgängigkeit für die Sonde liesse sich nach der obigen Erklärung verstehen.

Über einen weiteren Fall von primärem Carcinom des duct. choled. berichtete vor Kurzem A. Fränkel[1]) Neben Ikterus traten noch Frost und Fieber auf, in der Gegend der Gallenblase war ein apfelgrosser Tumor fühlbar. Es wurde die Operation vorgenommen. Man fand die Gallenblase bedeutend dilatirt, nach dem duct. cystic. hin endete sie blindsackartig. In der Gegend des Hilus lag eine zweite Geschwulst, welche den Eindruck eines ektasierten Gallenganges machte, und sich dann als dilatirter duct. choled. erwies. Derselbe war erfüllt mit Eiter. Nach Entleerung desselben wurde nach dem Darm hin sondirt, ohne dass Gallensteine endeckt wurden. Patient starb bald darauf. Bei der Section fand sich ein kleines, kaum mehr als markstückgrosses Carcinom, welches circumscript an der Ausmündungsstelle des duct. choled. in das Duodenum d. h. in der Umgebung der Papilla Vateri gelegen war.

Wir hätten nun noch die Frage aufzuwerfen, in wie weit die Möglichkeit der Erkennung der primären Geschwulst des duct. choled. gegeben ist, und speciell in wie weit sich der Widerspruch der klinischen Diagnose, welche auf Magen- und Lebercarcinom lautete, mit dem pathologischen Befund erklären lässt, und worauf die Berechtigung derselben sich stützt.

Für die Diagnose auf Magencarcinom kommen nach Schüppel

---

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 2. Febr. 1894.

folgende wichtige Momente vor allem in Betracht. Kachexie, Schmerz, Appetitlosigkeit, Erbrechen ohne oder mit Blutbeimengung, Alter, Nachweis der Geschwulst. Sodann kann noch das Resultat der chemischen Untersuchung von Wichtigkeit sein. Kommen alle diese Momente zusammen, so können wir allerdings mit grosser Sicherheit die Diagnose stellen. Jedoch ist bekannt, dass das nur in den allerseltensten Fällen geschieht. In der Regel wird man sich mit einigen wenigen Anhaltspunkten begnügen müssen. So fehlt z. B. der Schmerz in etwa 8 % der Fälle, Erbrechen wird sehr häufig vermisst, besonders dann, wenn der Sitz der Geschwulst an der kleinen Curvatur ist, wo dann zugleich auch die Sicherheit der Diagnose durch die erschwerte palpatorische Feststellung eines Tumors beeinträchtigt wird.

Dieser Nachweis einer Geschwulst, der so überaus wertvoll ist, ist ja überhaupt nur selten möglich, und häufig genug ist man dabei noch Verwechselungen mit Neubildungen oder Veränderungen, die an anderen in der Nachbarschaft des Magens gelegenen Organen ihren Sitz haben, ausgesetzt.

Wie wenig ausgeprägt die Symptome intra vitum sein können beweist ein von Schüppel[1]) mitgeteilter und von Laborie beobachteter Fall, wo ein von Rheumatismus acut. genesener Mann eben als er das Spital verlassen wollte, am Blutsturz starb, und die Section einen Krebs an der kleinen Curratur ergab. Hier war es nicht zur Kachexie gekommen und fehlten auch die übrigen Erscheinungen einer Magenerkrankung.

Sehr verändert werden kann das Bild des Magencarcinoms auch durch anderweitige Complicationen, welche alsdann in den Vordergrund treten und die Symptome der Magenerkrankung verdecken. Solche Complicationen sehen wir vor allem dann, wenn das Carcinom durch directe Fortpflanzung oder durch Metastase auf andere Organe übergreift.

Nun ist unzweifelhaft in unserem Falle neben den Erscheinungen der Kachexie und des Blutbrechens der hochgradige Ikterus das hauptsächlich in die Augen fallende Symptom. Es muss demnach die Frage aufgeworfen werden, woher stammt derselbe? Wie bei so zahlreichen Erkrankungen, wo unsere chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden nicht ausreichend sind, um einen

[1]) v. Ziemssen, Handbuch der Pathol. und Therap.

über alle Zweifel stehenden Befund zu erheben, wird auch hier der Kliniker sich begnügen müssen auf dem Wege der Exclusion zum Ziele zu kommen.

Die Zahl der mit Stauungsikterus verbundenen Krankheiten ist recht gross. Nach Schüppel kann chonischer Ikterus beruhen einmal auf Verschluss des gemeinsamen Ausführungsganges bei normalem Zustand der Leber, wie auf gewissen Krankheiten der Leber selbst, während der Ausführungsgang normal ist. Von Erkrankungen der Leber sind vor Allem zu erwähnen: Leberkrebs und andere Neubildungen in der Leber, multiloculäre Echinokokkengeschwulst und einfache, falls sie in der Gegend der Leberpforte sitzt, idiopatischer Leberabcess, Syphilis, amylorde Entartung und besonders Kirrhose.

In unserm Falle können wir leicht ausschliessen:

Leberabcess, wo die Schmerzen, das Fieber nicht vermisst werden würden und die Geschwulst sich nachweisen liesse.

Amyloide Entartung, bei welcher neben der wohl immer zu palpirenden Vergrösserung der Leber das ausschliessliche Vorkommen bei gewissen Krankheiten wie langdauernde Eiterung, chron. Lungentuberkulose, constitutionelle Syphilis, langdauernde intermittirende Fieber die Diagnose sicher stellt.

Für Syphilis spricht weder Anamnese noch sonst ein Befund. Echinokokkengeschwülste entwickeln sich langsam, und werden, wenn sie zum Ikterus führen eine solche Grösse erreicht haben, dass das Fühlen der Cyste keine Schwierigkeiten bereitet.

Die Leberkirrhose endlich geht in ihrer atrofischen Form mit starkem Ascites und Vergrösserung einher, und findet sich fast nur bei Schnapstrinkern. Bei der hypertrofischen Form ist die Leber meist bedeutend vergrössert und sehr deutlich fühlbar, von Zeit zu Zeit treten Schmerzanfälle auf, und das Wachstum zieht sich über Jahre hinaus.

Können wir also alle diese Formen ausschliessen, und wir müssen das, zumal wenn wir beachten, dass ein so hochgradiger Ikterus bei denselben sich nur in seltenen Fällen entwickeln wird, so bleibt uns unter den Erkrankungen der Leber selbst nur die Neubildung und als bei weitem am häufigste die secundär carcinomatöse.

Der secundäre Leberkrebs kann besonders leicht mit hochgradigem Ikterus einhergehen, da er meist in Form von multiplen Knoten auftritt, die durch Druck auf die Gallenwege erhebliche

Stauung hervorrufen können. Anderseits enzieht sich auch der secundäre Leberkrebs häufig der directen Wahrnehmung, wenn nämlich die Krebsknoten durch die Art ihrer Lage der Palpation unzugänglich sind.

Primärer Leberkrebs aber, sowie Adenome, sind so selten, dass auch bei Fehlen aller Symptome einer malignen Erkrankung an irgend einem anderen Organe, vielmehr also noch, wenn in der That Magensymptome vorhanden sind, der Kliniker sich nur schwer dazu verstehen wird, die Diagnose „primärer Leberkrebs" zu stellen. Dazu kommt noch, dass bei der mehr diffusen Ausbreitung der primären Carcinoms ein so rasches Einsetzen und eine so langdauernde gleichbleibende Intensität des Ikterus kaum vorkommen dürfte.

Wir hätten nun also noch der zweiten Möglichkeit der Entstehung von chron. Ikterus zu gedenken, derjenigen, welche auf Verschluss des gemeinsamen Ausführungsganges beruht.

Ein solcher Verschluss kann zu Stande kommen durch eine einfache katarrhalische Entzündung des duct. choledochus. Dem Ikterus catarrhalis geht meist ein Magen- oder Darmcatarrh vorauf, wenn nicht, so geben doch die Patienten als Ursache Erkältung an. Hiervon ergiebt in unserem Falle die Anamnese nichts. Dagegen spricht auch der Verlauf, die lange Dauer, die durchaus ungewöhnlich ist. Freilich können im Verlauf eines Ikterus catarrhalis Complicationen auftreten, welche zu einem dauernden Verschluss des ductus choledochus führen, indem infolge der entzündlichen Reizung Verwachsungen sich ausbilden. Doch liegt kein Grund vor bei dem Fehlen aller voraufgehenden Symptome eines Katarrhs von Seiten des Intestinaltractus ein solch immerhin seltenes Vorkomnis anzunehmen.

Am häufigsten finden wir eine dauernde Verschliessung im Anschluss an Gallensteinerkrankung. Die Symptome der Cholelithiasis sind meist deutlich, sie bestehen in Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend, anfallsweisem Auftreten heftiger Schmerzen, der Ikterus erscheint plötzlich nach einem solchen Anfall, und erreicht in kürzerer Zeit eine grössere Intensität. Das Fehlen von Concrementen spricht dagegen.

Auch die Möglichkeit, dass ein derartiger Fall vorliegen könnte musste verneint werden. Es könnte sich demnach höchstens noch handeln um Geschwülste in der Nachbarschaft des Ganges,

welche einen Druck auf ihn auszuüben im Stande wären, oder um Neubildungen im Gange selbst.

Unter diesen sind grosse Tumoren der Niere nicht zu übersehen, Krebs des Pankreaskopfes geht meist mit Schmerzen, Übelkeit und Brechneigung einher. Manchmal sehen wir Abgang grösserer Mengen von Fett. Die Palpation ist oft schmerzhaft und lässt eine Resistenz fühlen.

Vergrösserte Lymfdrüsen in der Nähe der Leberpforte sind entweder tuberculöser Natur, dann wird man auch wohl irgend wo sonst im Körper Tuberculose finden, oder carcinomatöser, dann werden wir nach dem primären Herd, der wiederum am wahrscheinlichsten am Magen zu suchen ist, uns umsehen müssen.

Was nun schliesslich die Erkennung von Neubildungen im duct. choledochus oder in der Umgebung der Papille anlangt, so möchte ich mich dabei auf die Worte beziehen, mit denen Schreiber[1]) bei der Besprechung eines in der Königsberger Klinik von Prof. Naunyn beobachteten Falles von primärem Carcinom des Gallenganges schliesst. Es hatte hier das Leiden ebenfalls begonnen mit zunehmender Gelbsucht ohne sonstige nennenswerte Symptome. Der Tod erfolgte nach etwa 7 Monaten infolge von Pneumonie des linken Unterlappens. Die Diagnose war augenscheinlich auch auf Magencarcinom gestellt worden. — Schreiber sagt an jener Stelle:

„Die Diagnose des Falles war bei Lebzeiten nicht sicher zu stellen gewesen. Am nächsten lag bei dem Alter, der Abmagerung und der Schwäche des Pat., die Annahme eines Carcinoms — der Leber? Dagegen sprach zum mindesten die Schmerzlosigkeit des Organs. Ein Carcinom des Magens konnte zu Lymfdrüsenschwellungen und diese wiederum zu einer Compression der Gallenwege und zum Teil der Vena portarum geführt haben; sprach auch im Gesammtbild des Kranken für diese Diagnose kein nachweisbares Symptom, so musste man sich doch vergegenwärtigt halten, dass Magencarcinome nicht gerade so selten ohne Symptome einer eigentlichen Magenaffection verlaufen können. Auch Frerrchs spricht sich gegen die Möglichkeit der Diagnose aus. Derselbe schliesst bei der Besprechung der Neubildungen in den Gallenwegen mit folgendem: „Neubildungen dieser Art lassen sich während des

[1]) Berl. klin. Wochenschrift No. 31 1872.

Lebens nicht erkennen, sie entziehen sich der Palpation vollständig und veranlassen, ähnlich wie die Obliteration des duct. communis, die Zufälle einer mit dem Tode endenden Gallenstase."

Ich glaube, wir müssen auch heute noch auf dem Boden dieser Anschauungen stehen, und alsdann zugeben, dass die Annahme eines Magen- uod Lebercarcinoms noch am ehesten die Erscheinungen, die sich bei dem Patienten zeigten, zu erklären vermochte.

War das ein Irrtum, so war das eben einer jener, denen der Kliniker immer ausgesetzt bleiben wird, so lange nicht neue Wege der diagnostischen Untersuchung erschlossen werden.

Fassen wir zum Schluss noch einmal das Ergebnis zusammen, so sehen wir, dass sich in der Wand des ductus choledochus, nahe der Ausmündungsstelle desselben in den Darm, ausgehend von den Schleimdrüsen ein Carcinom entwickelte. Dadurch, dass dasselbe in das Lumen des Ganges hineinwucherte, verlegte es die Öffnung, und gab so Anlass zu jener hochgradigen Gallenstauung, welche im Leben die Erscheinungen eines andauernden Ikterus hervorrief. Gleichzeitig hatte die Stauung eine bedeutende Erweiterung der Gallenwege in der Leber zur Folge, durch welche vermutlich eine Compression der Pfortaderäste eingetreten sein musste. So liesse sich alsdann die Magen- und Darmblutung erklären, welche immer stärker werdend den tödlichen Ausgang des Leidens beschleunigte.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Heller für die gütige Überweisung der Arbeit, sowie für die freundliche Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Vita.

Geboren bin ich am 20. Dezember 1867 zu Hamburg als Sohn des Kaufmanns H. H. Deetjen. Ich bin evangelischer Confession. In Bremen besuchte ich das Gymnasium, das ich Mich. 1887 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studirte zunächst 6 Semester in Jena Zoologie, ging dann zum Studium der Medizin über, das ich abwechselnd auf den Universitäten Kiel und Berlin betrieb. In Kiel beendete ich am 6. Juli 1894 das medizinische Staatsexamen und am 11. Juli legte ich daselbst das Examen rigorosum ab. Meiner Dienstpflicht genügte ich in Jena im Jahre 1887.